様式５－４

**丸亀式 地域包括ケア**

**医療介護連携クラウドシステム**

医療介護連携システム利用に係る部屋変更依頼書（本人・家族招待）

丸亀市長殿

　　　年　　　月　　　日

在宅医療・介護に関する多職種連携のための医療介護連携システムについて、下記の在宅療養者の担当として患者（利用者）部屋への本人・家族を招待について下記の通り申請します。

**◎申請者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 部屋管理者情報 | （フリガナ）  部屋の管理者  在宅療養者担当者 |  | | | 職種 | | 医師　・　ケアマネジャー　　　　その他　（　　　　　　　　　） |
|  | | |
| 法人名  医療機関/事業所名 | |  | | | | |
| （フリガナ）  法人代表者 |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 |  | | FAX番号 | |  | |
| E-Mail |  | | | | | |

**◎招待依頼内容**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請内容 | | | | 追加招待　・　部屋参加の取消 | | | | |
| 利 用 者 情 報 | ① | 部屋の名称 | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　の部屋 | | | | |
| ② | 在宅療養者氏名 | | （フリガナ） | | | 性別 | 男　・　女 |
| （氏　　名） | | |
| 生年月日 | | 明治　・　大正　・　昭和　・　平成　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| ※上記①もしくは②を必ずご記入ください。 | | | | | | | |
| 招　待　者　情　報 | 在宅療養者と  の関係/続柄 | | 本人　・　家族/親戚（続柄：　　　 　 　 ） ・ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| （フリガナ）  招待者 | |  | | | | | |
|  | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | |  | | FAX番号 |  | | |
| E-Mail  ※必須 | | ※申請を受理しましたら、このメールアドレスへ丸亀市のシステム管理者から招待メールが届きます。  そのメール本文に記載のURLをクリックして、直接Webページを起動できるメールアドレスを記入ください。  ※また、このメールアドレスが、医療介護連携クラウドシステムにログインするためのIDとなります。 | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 連絡欄 | |  | | | | | | |